

☐ **WNIOSEK STUDENTA O ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

w Narodowym Funduszu Zdrowia

☐ **ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH**

Podmiot zgłaszający: Wyższa Szkoła Gospodarki

Dane studenta:

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Adres do korespondencji (jeżeli inny niż zamieszkania).....

Telefon kontaktowy

Numer PESEL.....Numer NIP.....Numer albumu.....

Seria i numer dowodu osobistego lub paszportu..... Obywatelstwo.....

Narodowość Numer umowy w NFZ
(wypełniają cudzoziemcy)

Dane członków rodziny zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego (małżonek, dzieci, wstępni pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym):

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia..... PESEL.....

Stopień pokrewieństwa..... Stopień niepełnosprawności.....

Adres zamieszkania
(w przypadku innego niż świadczeniobiorcy)

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia..... PESEL „„„„„

Stopień pokrewieństwa..... Stopień niepełnosprawności.....

Adres zamieszkania
(w przypadku innego niż świadczeniobiorcy)

Przystępuję do wojewódzkiego oddziału NFZ w
(właściwy dla miejsca zamieszkania)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Wyższą Szkołę Gospodarki danych osobowych zawartych we wniosku oraz na ich przekazanie do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2016 r., poz. 922) Świadomy/a odpowiedzialności karnej oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
miejscowość i data

.....
podpis

OŚWIADCZENIE STUDENTA

Pouczony odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji*, odpowiedzialności na podstawie art. 286 Kodeksu karnego** oraz odpowiedzialności cywilnej i dyscyplinarnej **oświadczam**, że:

1. Utraciłem/am status osoby objętej ubezpieczeniem zdrowotnym i nie podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu z żadnego tytułu, a w szczególności:
 - nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego opłacającego składkę lub za którego jest opłacana składka (np. rodzica lub współmałżonka),
 - nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem zdrowotnym,
 - nie jestem zatrudniony na podstawie umowy zlecenia,
 - nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego,
 - nie pobieram stypendium sportowego,
 - nie pobieram renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej,
 - nie jestem uprawniony do pobierania świadczeń alimentacyjnych,
 - nie jestem zarejestrowany/a w Rejonowym Urzędzie Pracy, jako osoba bezrobotna,
 - nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
 - nie jestem ubezpieczony jako student innego kierunku studiów na innej uczelni.
2. W przypadku zaistnienia okoliczności wymienionych w punkcie 1, a tym samym powstania innego tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię Dziekanat o tym fakcie w przeciągu 7 dni od daty jego powstania.
3. W przypadku zmiany danych zawartych we wniosku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, powiadomię Dziekanat w terminie 7 dni od daty powstania zmiany lub uzyskania dokumentu potwierdzającego zmianę.

.....
miejscowość i data

.....
podpis składającego oświadczenie

*Art. 233 § 1 Kodeksu karnego: „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”

**Art. 286 Kodeksu karnego: „Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

ADNOTACJE DZIEKANATU

data wpływu wniosku:

podpis pracownika Dziekanatu: